



# Reumatismo palindrômico de fenótipo autoinflamatório como diagnóstico diferencial de artrites intermitentes: um relato de caso

## Palindromic rheumatism with autoinflammatory phenotype as a differential diagnosis of intermittent arthritis: a case report

Kétlin Caroline Rissardo<sup>1</sup>, Christian Utida Barros<sup>1</sup>, Vicente de Albuquerque Maranhão Leal<sup>2</sup>, Samyra Soligo Rovani<sup>2</sup>, Tiago Osternack Malucelli<sup>3</sup>, Joana Perotta Titon<sup>2</sup>

### RESUMO

Reumatismo Palindrômico (RP) caracteriza-se por múltiplas crises autolimitadas de mono/oligoartrite e periartrite. Cada episódio raramente persiste por mais de uma semana e as articulações recuperam-se sem lesões residuais. A etiologia é incerta, associando-se à Artrite Reumatoide (AR) ou a alterações autoinflamatórias na resposta imune inata. Esse relato descreve uma paciente feminina, 39 anos, com evolução de 9 anos de crises de artrites autolimitadas, acompanhadas de manifestações periarticulares e lesões cutâneas eritematosas anulares. Os exames laboratoriais realizados demonstraram provas inflamatórias elevadas, Fator Reumatoide (FR) e Anti-CCP negativos. Inúmeras terapias farmacológicas foram utilizadas, sem sucesso efetivo na remissão dos sintomas. Após exclusão de outras patologias, o diagnóstico de RP com um possível fenótipo autoinflamatório foi presumido. Novos estudos na área do RP são necessários para validação de critérios diagnósticos e conhecimento dos aspectos fisiopatológicos e das estratégias de tratamento dessa patologia.

**Descritores:** Reumatismo palindrômico; Artrite; Doenças autoinflamatórias; Reumatologia; Relato de caso.

### ABSTRACT

Palindromic rheumatism (PR) is characterized by multiple self-limited attacks of mono/oligoarthritis and periartthritis. Each episode rarely lasts more than a week, and the joints recover without residual lesions. The etiology is uncertain, associated with rheumatoid arthritis (RA) or autoinflammatory alterations in the innate immune response. This report describes a 39-year-old woman with a 9-year history of self-limited arthritis attacks, accompanied by periarticular manifestations and annular erythematous skin lesions. Laboratory tests showed elevated inflammatory markers and negative rheumatoid factor (RF) and anti-CCP antibodies. Numerous pharmacological therapies were used, without effective symptom remission. After excluding other pathologies, the diagnosis of PR with a possible autoinflammatory phenotype was presumed. Further studies in the field of PR are needed to validate diagnostic criteria and understand the pathophysiological aspects and treatment strategies of this condition.

**Keywords:** Palindromic rheumatism; Arthritis; Hereditary autoinflammatory diseases; Rheumatology; Case reports.

<sup>1</sup> Discente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Docente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

<sup>3</sup> Médico reumatologista assistente do curso de Medicina da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Francisco Beltrão, Paraná, Brasil.

**Data de submissão:** 10/07/2025. **Data de aceite:** 14/09/2025.

**Autor correspondente:** Kétlin Caroline Rissardo. Endereço: Curso de Medicina, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências da Saúde. Rodovia Vitório Traiano, Km 2, Bairro Água Branca, CEP 85601-839, Francisco Beltrão, Paraná, Brasil. Telefone: + 55 54 99124-9853. E-mail: ketlin.rissardo@unioeste.br.

**Declaração de conflito de interesses:** Os autores declaram não ter conflito de interesses para este artigo.

**Fontes de auxílio à pesquisa:** Financiamento próprio.

**Aspectos éticos:** Este estudo apresenta aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer nº 7.552.154 e CAAE: 87974125.4.0000.0107.

## INTRODUÇÃO

As artrites de curso intermitente no adulto são desafiadoras. O espectro amplo de diagnósticos diferenciais inclui infecciosas, síndromes paraneoplásicas, doenças do tecido conjuntivo, Febre Familiar do Mediterrâneo (FFM), entre outras.<sup>1</sup> O Reumatismo Palindrômico (RP) é uma síndrome clínica de restrito conhecimento, raramente considerada entre os diagnósticos diferenciais, que se manifesta por meio de episódios intermitentes e autolimitados de mono/oligoartrite e periartrite.<sup>1,2</sup>

Descrito inicialmente em 1944 por Hench e Rosenberg, o RP caracteriza-se por crises de dor, edema, eritema e disfunção articular, com duração de horas a vários dias e curso crônico recidivante.<sup>2</sup> Sua origem fisiopatológica é incerta e apresenta discordâncias entre estudiosos. Devido a similaridades genéticas e sorológicas com a Artrite Reumatoide (AR) em grupos de pacientes, alguns autores consideram o RP como uma forma recorrente-remitente ou pré-clínica da AR.<sup>1,3,4</sup> Apesar disso, é necessário o acompanhamento rigoroso desses pacientes devido ao risco elevado de desenvolvimento de AR, Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica e Síndrome de Sjögren.<sup>5</sup> Estudos recentes, consideram uma possível etiologia autoinflamatória em determinados pacientes soronegativos, especialmente naqueles com manifestações periarticulares ou cutâneas bem definidas. Essa condição seria causada por uma desregulação do sistema imune inato - a primeira linha de defesa do organismo -, o que resultaria na ativação linfocitária desenfreada e liberação imediata de mediadores pró-inflamatórios.<sup>6,7</sup>

O diagnóstico é desafiador e majoritariamente clínico. Após a remissão da artrite, os pacientes apresentam-se assintomáticos e sem lesões residuais radiográficas.<sup>3</sup> A realização de testes laboratoriais pode demonstrar elevação das provas inflamatórias durante as crises de RP. No entanto, não existem outros marcadores específicos para essa patologia.<sup>2</sup>

O objetivo do presente relato consiste em relatar um caso de RP em uma paciente com episódios intermitentes de artrite de difícil controle e manifestações inflamatórias extra-articulares. Comentam, também, possíveis intervenções terapêuticas, a fim de contribuir para a literatura médica na consideração do RP como um diagnóstico diferencial de artrites intermitentes.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 32 anos, afastada das atividades laborais há 10 meses, relatou sentir há 9 anos dores articulares de localização variada e migratória, associadas a rigidez matinal superior a 1 hora, aumento de volume, rubor, calor e redução da mobilidade, limitados aos locais dolorosos (Figura 1). As dores ocorreram na forma de crises autolimitadas de mono ou oligoartrites em pequenas, médias e grandes articulações, sendo as mais afetadas as metacarpofalangeanas, metatarsofalangeanas, joelhos, punhos e tornozelos. Para controle dos sintomas, a paciente fez uso de Anti-inflamatórios Não Esteroidais (AINEs), especificamente diclofenaco sódico 50mg + paracetamol 300mg + carisoprodo 125mg, com alívio parcial dos sintomas.



**Figura 1.** Aumento de volume e rubor em (A) 2º pododáctilo do pé direito e (B) 3ª, 4ª e 5ª articulações metatarsofalangeanas do pé esquerdo em períodos distintos.

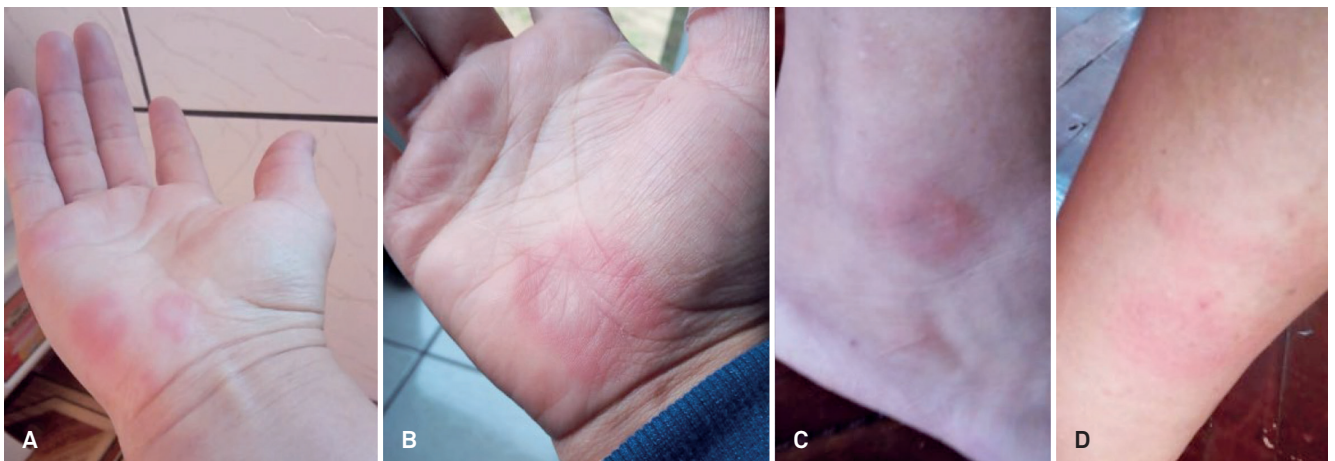
Os episódios de artrite apresentaram duração de cerca de 5 dias, no início com leve rigidez e desconforto, evolução com dor forte, restrição do movimento, rubor e calor intensos e progressiva remissão até resolução completa dos sintomas. No período intercrítico, as articulações apresentavam-se totalmente assintomáticas ao exame físico. Inicialmente, as crises ocorreram com períodos de acalmia completa de até 15 dias. Entretanto na evolução tornaram-se frequentes, com períodos assintomáticos raros de, no máximo, 3 dias. Em geral, a localização dessas manifestações inflamatórias limitou-se às articulações. No entanto, em alguns episódios, o rubor cutâneo e a dor irradiada a estruturas musculotendíneas demonstraram possível acometimento periarticular (Figura 2). Houve, também

a ocorrência de manchas eritematosas e dolorosas, de contornos anulares e com bordos endurecidos à palpação, concomitantes às crises de artrite, predominando em região hipotenar (Figura 3).

Há 6 anos, iniciou acompanhamento na reumatologia com diagnóstico de artrite intermitente a esclarecer. Na investigação etiológica, os exames laboratoriais demonstraram provas inflamatórias elevadas, com Proteína C-Reativa (PCR) de 23mg/dl (valor de referência: <0,3mg/dL) e Velocidade de Hemossedimentação (VHS) de 51mm/h (valor de referência: <20mm/h), e Fator Reumatoide (FR), anti-CCP, anti-Smith, anti-dsDNA negativos. A dosagem de complemento C3 foi de 164mg/dl (valor de referência: 80 a 180mg/dL) e de C4 de 32mg/dL (valor de referência: 12 a



**Figura 2.** Eritema difuso durante crises de artrite em (A) região antebraquial, (B) dorsal do pé e (C) joelho, sugestivos de acometimento periarticular de estruturas musculotendíneas e cutâneas.



**Figura 3.** Manchas eritematosas anulares em (A) e (B) região hipotenar, (C) tornozelo e (D) lateral da perna, concomitantes aos episódios de artrite.

45mg/dL). O Fator Antinuclear (FAN) apresentou título de 1:80 com padrão nuclear pontilhado fino. Sorologias para sífilis, hepatites virais e vírus da imunodeficiência humana foram negativas. O tratamento proposto consistiu na prescrição de hidroxicloroquina 400mg ao dia e hipótese diagnóstica de AR soronegativa. Após 1 mês de uso da medicação, a paciente descontinuou o tratamento porque não houve remissão dos sintomas. Há 2 anos, retornou ao ambulatório com resultado de exame de raspado cérvico-vaginal com detecção da bactéria *Ureaplasma urealyticum*. Foi submetida a tratamento com levofloxacino 750mg por 7 dias, com a finalidade de exclusão de diagnóstico de artrite reativa. Não houve alteração dos sintomas articulares nas 3 semanas que se sucederam ao tratamento. Optou-se, dessa forma, pelo início de metotrexato 10mg por semana, com aumento gradual até 15mg, associado ao uso de ácido fólico 5mg. A paciente foi orientada a retornar em 3 meses e a seguir em acompanhamento ambulatorial pela probabilidade de evolução do quadro clínico que preenchesse critérios diagnósticos de colagenose, como AR, LES, entre outras. Porém, após os 3 meses de uso da medicação, cessou por conta própria e não retornou às consultas ambulatoriais.

Os despertares noturnos devido às dores e o abalo emocional pela cronicidade e intensidade das crises trouxeram grande impacto na qualidade de vida da paciente, afastamento das atividades laborais e início de acompanhamento psiquiátrico. Vários especialistas foram consultados. Sucederam-se tentativas de uso de medicações buscando controle central das dores, como nortriptilina 25mg e duloxetina 60mg, além de corticoterapia, em dose não esclarecida, por cerca de 1 semana. No entanto, nenhuma medicação atenuou o quadro clínico apresentado. Consultas médicas em atendimentos de emergência em ortopedia tornaram-se frequentes para tratamento sintomático. Segundo informações coletadas, múltiplas radiografias foram realizadas sem evidências sugestivas de quaisquer alterações.

A paciente compareceu pela primeira vez no ambulatório de dor há 3 meses referindo “necessidade de um diagnóstico”. Na ocasião apresentava monoartrite em tornozelo direito. Ao exame físico, evidenciou-se edema e redução da mobilidade passiva na articulação relatada. Além disso, referiu dor à palpação do tendão do calcâneo ipsilateral. O restante do exame osteomuscular não apresentou alterações. Após discussão entre profissionais, aventou-se a hipótese de Reumatismo Palindrômico dado o caráter crônico, intermitente e atípico dos sintomas. Radiografia de tórax e teste tuberculínico foram solicitados para a exclusão de Artrite de Poncet (AP). No retorno, após um mês,

relatou episódio de dor e sinais inflamatórios em pé direito. Ao exame físico, observou-se eritema difuso em região dorsal do respectivo pé, associado a edema e dor à palpação em articulações intermetatarsais. Os exames solicitados foram negativos para AP e, com isso, a hipótese diagnóstica de RP permaneceu como mais provável. Devido ao caráter do aparecimento das manchas anulares às crises de artrite, foi presumida a hipótese diagnóstica de etiologia autoinflamatória. Optou-se por nova tentativa de uso da hidroxicloroquina 400mg ao dia até nova avaliação em 3 meses.

A paciente negou consumo de álcool ou outras drogas, e comorbidades, como diabetes mellitus, doenças tireoidianas ou intolerâncias alimentares. Na história familiar não houve menção de doenças reumatológicas ou autoimunes. As medicações de uso contínuo relatadas foram: ácido valproico 500mg, 2 vezes ao dia e amitriptilina 10mg, 1 vez a noite.

## DISCUSSÃO

O RP consiste em uma doença enigmática com apresentações clínicas variadas. Apesar da ausência de validação científica, critérios diagnósticos foram propostos, visando auxiliar na tomada de decisão frente casos de difícil caracterização.<sup>3</sup> Em síntese, considera-se: histórico de ataques breves, súbitos e recorrentes de monoartrite ou oligoartrite; necessidade de observação direta de pelo menos uma crise pelo médico; mais de cinco crises em dois anos; três ou mais articulações envolvidas em crises diferentes; radiografias articulares sem alterações; e exclusão de outras artrites recorrentes. A observação de uma crise pelo médico, apesar de ser considerada como critério essencial, pode ser substituída por fotografia registrada pelo paciente com qualidade suficiente para identificação das características do processo inflamatório articular. Alguns critérios propostos, por exemplo, valorizam a elevação de provas inflamatórias como VHS e PCR para valores maiores que 25mm/h e 1mg/dL, respectivamente, reforçando o provável caráter autoinflamatório do RP.<sup>5</sup> Já, Hannonen *et al.*<sup>3</sup> exigem que os ataques recorrentes de monoartrite, poliartrite ou inflamação periarticular ocorram em pelo menos três articulações diferentes ao longo do tempo.

A paciente deste relato apresentou evolução arrasada de 9 anos de ocorrência de múltiplas crises de mono ou oligoartrites, com duração de cerca de 5 dias. As crises evoluíram com completa recuperação articular e, como se visualizou no exame físico da paciente, não houve limitações funcionais residuais.<sup>2,3</sup> Quanto à distribuição do acometimento articular em coortes relatadas, observou-se que RP possui predileção

por punhos, tornozelos, metacarpofalangeanas e joelhos.<sup>5</sup> Observa-se, com isso, conformidade ao quadro clínico da paciente, com acometimento prevalente em metacarpofalangeanas, metatarsofalangeanas, punhos, tornozelos, cotovelos e joelhos. A ausência de radiografias articulares para análise foi considerada um fator limitante para confirmação diagnóstica de diagnósticos diferenciais, particularmente de doenças que podem cursar com alterações radiológicas, como a AR. Entretanto, conforme o relato da paciente, desde o início das crises, inúmeras radiografias foram realizadas em outros serviços sem evidência de alterações osteoarticulares. O desafio diagnóstico do RP consiste na ampla gama de doenças que podem cursar com um padrão intermitente de artrite. O rastreio para infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais e tuberculose foi realizado visando a exclusão de artrites reativas. Constataram-se, também, ausências de provas inflamatórias alteradas, e ocorrência de quaisquer outros sintomas sistêmicos, como episódios de febre, gastrointestinais ou pulmonares, que poderiam sugerir diagnósticos diferenciais.<sup>1</sup>

A etiopatogenia do RP apresenta divergências entre estudiosos, com argumentos voltados a etiologias autoimunes ou autoinflamatórias.<sup>2,3,6,7</sup> Desta forma, há indicação de acompanhamento contínuo de paciente com RP devido a altas taxas de progressão para colagenoses, em especial, a AR.<sup>4</sup> A prevalência elevada de positividade Anti-CCP e FR em pacientes com RP sugere uma associação estrita com a AR, ou seja, uma forma pré-clínica, recorrente-remitente da AR.<sup>4,6</sup> No caso relatado, constatou-se apresentação clínica que distancia a paciente de uma possível progressão para uma doença autoimune. O acometimento periarticular, manifestado por eritemas difusos, somado às lesões cutâneas, sugerem doença de natureza autoinflamatória, uma vez que o quadro clínico se distancia dos critérios diagnósticos para as principais doenças autoimunes. Para a AR, os critérios (ACR/EULAR 2010)<sup>8</sup> exigem uma pontuação baseada na presença de artrite persistente e simétrica em pequenas articulações, além da positividade de FR e anti-CCP. Contudo, exames não estavam alterados e o acometimento articular possuía caráter assimétrico.

Da mesma forma, o quadro não preenche os critérios para LES (EULAR/ACR 2019)<sup>9</sup>, os quais são baseados em um sistema de pontos que requer um FAN de título maior ou igual a 1:80 como critério de entrada, associado a manifestações renais, hematológicas, neurológicas ou serosites e à reatividade para autoanticorpos específicos. No caso relatado, a investigação foi negativa para os principais marcadores da doença, como os

anticorpos anti-Smith e anti-dsDNA, além de não apresentar hipocomplementenemia de C3 e C4. O resultado do FAN de 1:80 com padrão pontilhado fino, embora atenda ao critério de entrada para LES e possa estar associado a autoanticorpos como anti-Smith, anti-SSA/Ro e anti-SSB/LA é insuficiente para o diagnóstico quando isolado. Como o título é baixo e não há outras manifestações clínicas para compor a pontuação necessária, a possibilidade de LES torna-se remota, fortalecendo a suspeita de uma doença de natureza primariamente autoinflamatória. Essas patologias derivam de uma combinação de suscetibilidade genética e modificações epigenéticas decorrentes da exposição ao ambiente, determinando uma hiperatividade de vias de sinalização inflamatórias da resposta imune inata.<sup>10</sup>

Além disso, em discussão com a dermatologia, uma Dermatose Neutrofílica (DN) apresentou-se como principal hipótese para as manifestações cutâneas. Estas lesões eram de aspecto anular, eritematoso, endurecido e doloroso, com aparecimento concomitante às crises de artrite do RP. As DN são um grupo amplo e heterogêneo de distúrbios cutâneos, cuja autoinflamação sistêmica, com hiperprodução de interleucina-1 e infiltrados de neutrófilos estéreis, parece ser o cerne da etiopatogenia. A sobreposição com condições subjacentes, com destaque às doenças autoinflamatórias reumáticas, malignidades e infecções tornam-se relevante na identificação de possíveis portadores de DN.<sup>11</sup> No caso relatado, a confirmação diagnóstica por biópsia não foi realizada devido à recusa da paciente em se submeter ao procedimento invasivo. No entanto, a publicação do caso é relevante pela forte suspeita clínica, baseada na associação temporal e morfológica entre as lesões cutâneas e as crises articulares, que apontam para o diagnóstico de uma DN. Reconhece-se, contudo, que o procedimento teria grande valor para a determinação histológica das lesões contribuindo para melhor compreensão da etiologia do quadro clínico de RP.

Quanto ao tratamento clínico, faltam protocolos terapêuticos consolidados direcionados ao RP. No controle das crises, os AINEs são as opções mais utilizadas com respostas clínicas variáveis.<sup>12</sup> No caso relatado a paciente apresentou resposta parcial ao uso de AINEs o que, inclusive, corroborou para a baixa adesão a outras terapias e a perda de acompanhamento médico por 5 anos. Atualmente, a estratégia definitiva para o tratamento clínico do RP busca prevenir e reduzir a frequência das crises. Quanto à manutenção, os Medicamentos Antirreumáticos Modificadores de Doença convencionais (DMARDc) representam a primeira linha de opção terapêutica.<sup>13</sup> Os antimaláricos, como a hidroxicloroquina, foram validados em grandes

coortes estudadas com relevante resposta clínica na remissão das crises de RP.<sup>3,5,12,13</sup> Por outro lado, o metotrexato (MTX) parece demonstrar resposta efetiva em casos selecionados, porém sem evidências robustas para a remissão das crises de RP. No caso relatado, a paciente não apresentou resposta ao uso de MTX. Quanto à hidroxicloroquina, optou-se pela reintrodução da droga, devido à primeira tentativa de uso ter sido interrompida precocemente. Embora a validação da eficácia do fármaco exija um período mínimo de 3 meses<sup>12</sup>, a publicação deste relato não depende do resultado terapêutico, pois seu objetivo central é descrever o fenótipo raro e o raciocínio que levou à hipótese autoinflamatória.

Em uma análise do caso, essa hipótese é sustentada pelas manifestações articulares e cutâneas, que ampliam o espectro de possíveis intervenções terapêuticas. Mutações no gene da febre mediterrânica (MEFV), características da FFM, foram observadas com prevalência aumentada em pacientes com RP.<sup>6,7</sup> A presença de mutações nesse gene ocasiona a síntese aumentada de Interleucina-1-beta (IL-1-beta), a qual desempenha função central na gênese de doenças autoinflamatórias.<sup>10</sup> O conhecimento dessas mutações em paciente com RP aponta para uma proximidade genética com a FFM. Na FFM e em outras patologias autoinflamatórias, o uso da colchicina representa uma conduta terapêutica mais eficaz, com redução da frequência dos episódios autoinflamatórios.<sup>6,7</sup> Entretanto, relatos do uso da colchicina no RP são escassos. Há descrições de efetividade na redução da intensidade e frequência das crises, porém, os estudos realizados ocorreram há mais de 20 anos e contemplam grupos populacionais pequenos.<sup>12,14</sup> Tani e colaboradores<sup>7</sup> analisaram a presença de polimorfismos genéticos associados a síndromes autoinflamatórias em 6 participantes diagnosticados com RP e Anti-CCP e FR negativos. Foram detectadas mutações nos genes *MEFV*, *Cold Induced Autoinflammatory Syndrome 1* (CIAS1) e *Tumor Necrosis Factor Receptor Superfamily* (TNFRSF). Entre 6 participantes, 4 foram tratados com colchicina e apresentaram excelentes respostas à droga. Desta forma, apesar da ausência de evidências consistentes, o uso da colchicina deve ser considerado em pacientes com RP. No caso relatado, o fenótipo autoinflamatório do quadro clínico, associado à soronegatividade para AR, indicam a colchicina como opção de tratamento para a paciente. A pesquisa de polimorfismos no gene MEFV para complementação genética do estudo da paciente deste relato, embora não esteja disponível no sistema de saúde regional, é um exame viável no Brasil. O material biológico pode ser coletado e encaminhado para análise

em grandes centros de especialidades. No setor privado, laboratórios como Mendelics e o Grupo Fleury oferecem o sequenciamento do gene. No âmbito do Sistema Único de Saúde, a investigação pode ser conduzida por Centros de Referência em Doenças Raras.

## REFERÊNCIAS

1. Imboden JB, Stone JH. CURRENT Reumatologia. 3rd ed. AMGH; 2014.
2. Hench PS, Rosenberg EF. Palindromic Rheumatism: New, oft recurring disease of joints (arthritis, peri-arthritis, para-arthritis) apparently producing no articular residues; report of thirty-four cases; its relation to angioneural arthrosis, allergic rheumatism and rheumatoid arthritis. Arch Intern Med. 1944;73(4):293-321.
3. Hannonen P, Möttönen T, Oka M. Palindromic rheumatism. A clinical survey of sixty patients. Scand J Rheumatol. 1987;16(6):413-20. doi:10.3109/03009748709165412. PMID: 3423751.
4. Chen HH, Chao WC, Liao TL, Lin CH, Chen DY. Risk of autoimmune rheumatic diseases in patients with palindromic rheumatism: A nationwide, population-based, cohort study. PLoS One. 2018;13(7):e0201340.
5. Soltani F, Khalaji A, Farzaneh R, Mahdavi AM, Khabbazi A. Performance of existing diagnostic criteria for palindromic rheumatism. Clin Rheumatol. 2024 Jul;43(7):2337-2342. DOI: 10.1007/s10067-024-07010-6. PMID: 38775869.
6. Cuervo A, Sanmartí R, Ramírez J, Castellanos-Moreira R, Inciarte-Mundo J, Aróstegui JI, et al. Palindromic rheumatism: Evidence of four subtypes of palindromic-like arthritis based in either MEFV or rheumatoid factor/ACPA status. Jt Bone Spine. 2021;88(6):105235.
7. Tani Y, Kishi T, Miyamae T, Kawamoto M, Kawaguchi Y, Taniguchi A, et al. The evaluation of gene polymorphisms associated with autoinflammatory syndrome in patients with palindromic rheumatism complicated by intermittent hydrarthrosis. Clin Rheumatol. 2020;39:841-5.
8. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2010;62(9):2569-81.
9. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, Smolen JS, Wofsy D, Boumpas DT, Kamen DL, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. Arthritis Rheumatol 2019;71(9):1400-12.
10. Tangye SG, Al-Herz W, Bousfiha A, Cunningham-Rundles C, Franco JL, Holland SM, et al. Human inborn errors of immunity: 2022 update on the classification from the international union of immunological societies expert committee. J Clin Immunol. 2022;42(7):1473-507.
11. Satoh TK, Mellett M, Contassot E, French LE. Are neutrophilic dermatoses autoinflammatory disorders? Br J Dermatol. 2018;178(3):603-13.
12. Kavandi H, Hashemi SZ, Khalesi E, Khabbazi A. Treatment of palindromic rheumatism: A systematic review. Int J Clin Pract. 2021 Nov;75(11):e14868. doi: 10.1111/ijcp.14868. PMID: 34525234.
13. Khabbazi A, Mirza-Aghazadeh-Attari M, Goli MT, Mahdavi AM, Hajjalilo M, Rashtchizadeh N. Is Palindromic Rheumatism a Pre-rheumatoid Arthritis Condition? Low Incidence of Rheumatoid Arthritis in Palindromic Rheumatism Patients Treated with Tight Control Strategy. Reumatol Clin (Engl Ed). 2021;17(1):7-11.
14. Youssef, W., Yan, A., & Russell, A. S. (1991). Palindromic rheumatism: a response to chloroquine. The Journal of rheumatology, 18(1), 35-37.